



KRAKOWSKA AKADEMIA
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Wydział: Zdrowia i Nauk Medycznych
Kierunek: Ratownictwo medyczne

Mateusz Nocuń

OSTRE STANY PATOLOGICZNE UKŁADU POKARMOWEGO W PRACY RATOWNIKA MEDYCZNEGO

Praca licencjacka
napisana pod kierunkiem
dr hab. med. Jerzy Dropiński

Kraków 2016r.

Spis treści:

Wstęp.....	3
1. Ostry brzuch.	4
1.1 Wybrane stany patologiczne.....	4
2. Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego	5
2.1 Epidemiologia	5
2.2 Anatomia	5
2.3 Patogeneza.....	5
2.4 Objawy i rozpoznanie.....	5
2.5 Leczenie.....	6
3. Ostre zapalenie trzustki	7
3.1 Epidemiologia i patogeneza	7
3.2 Objawy kliniczne.....	7
3.3 Wywiad SAMPLE oraz badanie fizykalne.....	7
3.4 Leczenie.....	8
4. Krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego	9
4.1 Epidemiologia	9
4.2 Objawy kliniczne.....	9
4.2 Wywiad i badanie fizykalne	9
4.3 Leczenie.....	10
5. Krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego.....	11
5.1 Epidemiologia	11
5.2 Objawy	11
5.3 Wywiad i badanie fizykalne	12
5.4 Leczenie.....	12
6. Ostre choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych.	13
6.1 Epidemiologia	13
6.2 Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego.....	13
6.3. Ostre zapalenie dróg żółciowych.....	14
Zakończenie.....	15
Bibliografia.....	17

Wstęp

Tematem pracy jest przedstawienie problemu stanów patologicznych układu pokarmowego w pracy ratownika medycznego. Z problemem tym coraz częściej spotykają się zespoły ratownictwa medycznego. Powołując się na ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 2016 roku, ratownik ma ograniczone możliwości pomocy w przypadkach ostrego bólu brzucha. W takiej sytuacji ratownik może jedynie załagodzić objawy podając odpowiednie środki farmakologiczne.

Celem pracy było omówienie ważniejszych stanów patologicznych układu pokarmowego z którymi może spotkać się ratownik medyczny podczas interwencji.

W pierwszym rozdziale opisałem charakterystykę stanu definiującego się jako ostry brzuch. Dodatkowo wymieniłem charakterystyczne dla tego objawu stany patologiczne.

Drugi rozdział poświęciłem charakterystyce jednego ze stanów patologicznych układu pokarmowego, jakim jest zapalenie wyrostka robaczkowego. Skupiłem się na: objawach klinicznych, sferze anatomicznej oraz leczeniu z podziału na możliwości ratownika medycznego a właściwemu leczeniu w sferze szpitalnej.

W trzecim rozdziale omówiłem ostre zapalenie trzustki. Starłem się przedstawić ważniejsze przyczyny wystąpienia ww. stanu. Odniosłem się także do objawów, jakie występują w tej chorobie. Zwróciłem również uwagę na samo badanie fizykalne oraz na wywiad SAMPLE. Przedstawiłem jak powinno się je przeprowadzać oraz co mogą nam sugerować zaobserwowane objawy u pacjenta.

W czwartym i piątym rozdziale zostało opisane krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego oraz krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Dla obydwu schorzeń przedstawiono epidemiologię, objawy, wywiad i badanie fizykalne oraz sposoby leczenia. Zwróciłem szczególną uwagę na postępowanie z pacjentem oraz zaznaczyłem jak ważną rolę pełni postawienie szybkiej diagnozy, co przekłada się na prowadzenie właściwego leczenia.

W ostatnim rozdziale przedstawiono ostre choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych. Omówiłem epidemiologię tego stanu, zwracając szczególną uwagę na objawy oraz przyczyny powstawania choroby. Wyróżniłem podział tych chorób i dla każdego z nich szczegółowo wymieniłem objawy, przyczyny oraz metody leczenia.

1. Ostry brzuch.

W zawodzie ratownika medycznego, najczęściej mamy do czynienia z tzw. „ostrym brzuchem”. Stan ten definiuje się jako zespół dynamicznie narastających objawów, na które składają się: ból brzucha, nudności i wymioty oraz zatrzymanie gazów i stolca” Przyczyny wywołujące ten stan są bardzo zróżnicowane. Należą do nich m.in. czynniki chirurgiczne, ginekologiczne czy internistyczne. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego do omawianych przypadków z reguły należą do problematycznych, gdyż nigdy nie wiadomo co spowodowało wystąpienie bólu brzucha. Przyczyn tej dolegliwości jest bardzo wiele. Jednak najczęściej jest to związane w niewłaściwą dietą i piciem alkoholu. Ostry ból brzucha należy do stanów bezpośrednio zagrażających życiu człowieka, dlatego nie wolno go lekceważyć.¹

1.1 Wybrane stany patologiczne

- Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego
- Ostre zapalenie trzustki
- Krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego
- Krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego
- Ostre choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych

¹ Cape Z. Ostry brzuch - wczesna diagnostyka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 1998

2. Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego

2.1 Epidemiologia

Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego to dolegliwość z którą bardzo często mają do czynienia ratownicy medyczni. Jest to stan, który wymaga zabiegu operacyjnego. Problem ten najczęściej dotyczy ludzi między 5 a 50 rokiem życia. Zachorowalność jest głównie związana z nieodpowiednią dietą.²

2.2 Anatomia

Wyrostek robaczkowy (*appendix vermiformis*) położony jest u podstawy kątnicy, charakteryzuje się długością od 2 do 20 cm. Jest położony wewnątrzotrzewnowo. Dzięki swojej lokalizacji posiada własną krezkę co umożliwia mu ruchomości. Stwierdzenie objawów zapalenia wyrostka robaczkowego może być bardzo trudne ze względu na jego nietypowe umiejscowienie.

2.3 Patogeneza

Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego jest jedną z najczęstszych przyczyn ostrego brzucha. Niestety, do tej pory nie udało się w sposób oczywisty określić jego patogeny. Podczas przebiegu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego początkowo dochodzi do ograniczonego zapalenia otrzewnej, a dopiero później może dojść do jego perforacji. Jest to stan bardzo niebezpieczny, dlatego nie wolno lekceważyć bólu brzucha.

2.4 Objawy i rozpoznanie

Właściwa ocena stanu pacjenta głównie zależy od dobrze zebranego wywiadu i umiejętnie przeprowadzonego badania fizykalnego. W trakcie wywiadu należy w dużej mierze skupić się na objawach bólowych (charakter, umiejscowienie oraz natężenie bólu). Powinno się również uzyskać od chorego informację na temat czasu trwania objawów chorobowych od chwili ich pojawienia się. Przez cały czas przeprowadzania badania

² Lawrence P. F., Bell R. M., Dayton M. T. Chirurgia ogólna. Wydawnictwo Urban&Partner, Wrocław 1998

fizykalnego zwracamy szczególną uwagę na reakcje chorego na dotyk. Pozwoli to ocenić siłę dolegliwości wraz z umiejscowieniem bólu oraz ewentualnym jego promieniowaniem.

Charakterystyczne objawy ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego w początkowej fazie to ból w centralnej części brzucha, który z upływem czasu będzie przechodził do prawego dołu biodrowego. Dodatkowymi objawami zapalenia wyrostka robaczkowego są również: jadłowstręt, wymioty i gorączka.³

2.5 Leczenie

Leczeniem tego schorzenia jest zabieg chirurgiczny, który polega na wycięciu wyrostka robaczkowego. Istnieją dwie metody przeprowadzenia zabiegu. Pierwsza z nich to appendektomia, a druga to metoda laparoskopowa. Po wykonanym zabiegu należy zastosować antybiotykoterapię, aż do momentu zaniku stanu zapalnego. Ratownik medyczny może jedynie podać choremu lek przeciwbólowy, jeśli nie spowoduje to bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia. Następnym krokiem jest przetransportowanie chorego do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego.³

³ Szmidt J., Gruca Z., Krawczyk M., Kuźdżał J., Lampe J. Podstawy chirurgii. Medycyna Praktyczna. Kraków 2003

3. Ostre zapalenie trzustki

3.1 Epidemiologia i patogeneza

Ostre zapalenie trzustki jak podaje definicja z Atlanty (1992) to: ostry proces zapalny mięszu trzustki, wynikający z wewnątrztrzustkowej aktywacji enzymów trawiennych. Choroba ta częściej dotyka mężczyzn niż kobiety. Jest to spowodowane skłonnością do różnego rodzaju używek, np. alkohol. Jak podaje literatura, to głównie alkohol i kamica żółciowa są przyczynami powstawania stanu zapalnego.

3.2 Objawy kliniczne

Pacjent zmagający się z ostrym zapaleniem trzustki zazwyczaj sygnalizuje silny ból brzucha, który pojawił się nagle. Ból ten może mieć charakter rozlany lub może promieniować do prawego lub lewego kąta biodrowego. Bardzo charakterystycznym objawem dla tej jednostki chorobowej jest promieniowanie bólu do okolic lędźwiowych. Dzieje się tak gdyż stan zapalny pojawia się w przestrzeni zaotrzewnowej. Dolegliwości mają charakter ciągły lub nasilający się. Dodatkowo schorzeniu mogą towarzyszyć takie objawy jak: gorączka, wymioty, nudności, lęk i niepokój.^{4,5}

3.3 Wywiad SAMPLE oraz badanie fizykalne

Wywiad SAMPLE jest to zespół zadawanych pytań choremu w celu ustalenia przyczyn jego stanu. S – symptomy, zadajemy pytania dotyczące samopoczucia, dolegliwości, bólu oraz momentu pojawienia się go. A – alergie, pytamy poszkodowanego o wszelkie uczelnia na środki farmaceutyczne, jedzenie. M – medykamenty, zadajemy pytania związane z przyjmowaniem leków na stałe przez pacjenta, jakie to leki? Czy wziął odpowiednią dawkę? P- przebyte choroby, chcemy dowiedzieć się czy poszkodowany choruje na choroby przewlekłe, czy przechodził zabiegi operacyjne. L – lunch, pytamy o ostatni posiłek chorego. Kiedy miał miejsce oraz co to było. E – ewentualnie co się stało, tutaj interesują nas zdarzenia poprzedzające pojawienie się złego samopoczucia. Ratownik podczas

⁴ Halangk W., Lerch M. M. Early events in acute pancreatitis Gastroenterol. Clin. N. Am., 2004

⁵ McKary C. J., Buter A. Natural history of organ failure in acute pancreatitis, 2003, str. 111-114

interwencji musi uzyskać jak najwięcej informacji od poszkodowanego na temat jego dolegliwości. Uzyskanie pełnego wywiadu od cierpiącego pacjenta należy do trudnych zadań. W takich wypadkach bardzo ważną rolę odgrywa rodzina poszkodowanego, od której możemy dowiedzieć się więcej niż od samego poszkodowanego. Ratownik medyczny musi być świadom, że cierpiący pacjent może być bardzo pobudzony. Podczas badania fizykalnego można zaobserwować wzdęcie powłok brzusznych, ze względu na niedrożność porażenną. Ze względu na stan zapalny otrzewnej, będzie występować obrona mięśniowa tzw. objaw Blumberga. Z reguły w takich przypadkach brzuch jest tkliwy i bardzo bolesny. Należy jak najszybciej przetransportować chorego do szpitala.⁶

3.4 Leczenie

Ratownicy medyczni po rozpoznaniu ostrego zapalenia trzustki powinni jak najszybciej przewieźć pacjenta do szpitala. Do czasu przetransportowania poszkodowanego na szpitalny oddział ratunkowy, należy uśmierzyć ból na tyle, na ile jest to wykonalne. Ze względu na dużą skalę siły bólu podawanie niesterydowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) nie uśmierzy bólu. Wówczas należy podjąć leczenie środkami opioidowymi, np. morfina. W szpitalu diagnostyka jest bardzo rozbudowana, dzięki czemu po serii kompleksowych badań można podjąć decyzje o odpowiednim leczeniu. Leczenie najczęściej polega na zastosowaniu terapii antybiotykowej.

⁶ Kózka M., Rumian B., Maślanka M. Pielęgniarstwo Ratunkowe Wydawnictwo lekarskie PZWL; Wydanie I, Warszawa 2013, str. 67-68.

4. Krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego

4.1 Epidemiologia

Krwawienie z przewodu pokarmowego to prześięk krwi do światła przewodu pokarmowego. Ze względu na miejsce wystąpienia schorzenia wyróżnia się podział na krwotok górny i dolny. Za umowną granicę podziału uznawane jest więzadło Treitza. Jest to miejsce, w którym dwunastnica przechodzi w jelito czcze. Według statystyk schorzenie to dotyka od 50 do 150 chorych na 100000 osób. Niestety liczba przypadków ciągle wzrasta. Do najczęstszych przyczyn można zaliczyć wrzody żołądka i dwunastnicy oraz żylaki przełyku.

4.2 Objawy kliniczne

Jak powszechnie wiadomo przewód pokarmowy dzieli się na odcinek górny i dolny. Pierwszy odcinek jest bardzo dobrze unaczyniony przez odgałęzienia pnia trzewnego. Wywołuje to bardzo obfity krwotok podczas wystąpienia schorzenia. Krew ulega procesowi trawienia, hemoglobina zawarta w czerwonych krwinkach poprzez działanie enzymów trawiennych ulega hemolizie, co można zaobserwować w postaci smolistego stolca. Kiedy krwawienie jest znacznie większe, pojawia się objaw wzmożonej perystaltyki. Prowadzi to do pojawiania się krwistego stolca, co jest efektem tego, że nasze enzymy trawienne nie są w stanie strawić krwi. Jak podaje Kulig w swojej książce, aby zaobserwować takie objawy, pacjent musi stracić ponad 500 ml krwi. Poszkodowanemu towarzyszą także wymioty. W zależności od krwawienia i poziomu strawienia, dzielą się one na fusowate i krwiste. Oprócz objawów miejscowych, pojawiają się także objawy ogólne. Wraz ze spadkiem krwi krążącej, zmniejsza się ilość wypełnienia łożyska naczyniowego, przez co zaczyna rozwijać się wstrząs krwotoczny (hipowolemiczny). Objawia się to u pacjenta: bladością powłok skórnych, nadmierną potliwością i opóźnieniem nawrotu kapilarnego. Takiego pacjenta niezwłocznie należy przetransportować do szpitala.

4.2 Wywiad i badanie fizykalne

W wywiadzie z chorym należy zwrócić szczególną uwagę na jego wrażenie ogólne, pozwoli nam to ocenić na ile poważny jest stan naszego pacjenta. Należy dowiedzieć się jak

najwięcej na temat jego dolegliwości. W momencie interwencji pacjent może znajdować się w bardzo poważnym stanie, dlatego każda jego wypowiedź może mieć dla nas dużą wartość. Choremu będzie towarzyszył ból, wówczas należy zdobyć niezbędne informacje na temat jego charakteru, miejsca i chwili pojawienia się. Ratownik powinien dodatkowo uzyskać wiedzę z zakresu: stresu, stosowania używek i leków (zwłaszcza z grupy NLPZ) przez pacjenta. Powinno się sprawdzić czy pacjent nie leczył się wcześniej na podobne dolegliwości, w tym przypadku może nam pomóc dokumentacja medyczna pacjenta z jego ostatniego pobytu w szpitalu. Samo badanie pacjenta dzielimy na dwie części. Pierwsza z nich to ocena funkcji życiowych, badanie ABC, uzyskanie dostępu dożylnego i zmonitorowanie pacjenta. Druga część diagnostyki stanowi tzw. badanie per rectum.

4.3 Leczenie

Ratownicy medyczni muszą głównie skupić się na utrzymaniu parametrów życiowych w normie. Najważniejsze jest dla nas zapobiegnięcie rozwijaniu się wstrząsu i nie dopuszczenie do wystąpienia NZK (Nagłego Zatrzymania Krążenia). Wówczas ratownicy w zależności od parametrów życiowych chorego stosują farmakoterapie lub specjalistyczne płyny do utrzymania ciśnienia perfuzyjnego. Po przewiezieniu na Szpitalny Oddział Ratunkowy, wykonuje się badania krwi. Bardzo ważny jest wskaźnik krzepliwości oraz grupa krwi, o których należy pamiętać w wypadkach krwotoków. Również zakłada się zgłębnik do żołądka w celu pobrania materiałów do badania laboratoryjnego. Po wykonaniu wszystkich badań lekarz decyduje o dalszym przebiegu leczenia, z reguły jest to endoskopia. Jest to zabieg, który polega na znalezieniu miejsca krwawienia, postawienia diagnozy i odpowiednim jego zabezpieczeniu. Kiedy leczenie za pomocą metody endoskopowej nie pomaga, pacjent zostaje poddany leczeniu operacyjnemu. Jednak jest to metoda wybierana w ostateczności.^{7, 8}

⁷ Kovacs TO, Jensen DM: Recent advances in the endoscopy diagnosis and therapy of upper gastrointestinal, small intestinal, and colonic bleeding. Med. Clin. North Am., 2002, 86, 1319-1356.

⁸ Lundell L: Upper gastrointestinal hemorrhage-surgical aspects, Dig., Dis 2003, 21, 16-18.

5. Krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

5.1 Epidemiologia

Krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego to wysięk krwi do światła przewodu z miejsca znajdującego się poniżej więzadła Treitza. Podobnie jak pisałem w poprzednim rozdziale mojej pracy, jest to umowna granica podziału przewodu pokarmowego. Ta jednostka chorobowa została również oceniona przez statystyków, na tę przypadłość cierpi 20-30 chorych na 100 000 osób. Choroba ta jest szczególnie groźna dla osób starszych, u których występują inne choroby. Krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego w porównaniu z górnym odcinkiem, jest często dużo trudniejsze do ustalenia, ze względu na możliwość jego położenia. Jak podaje Kulig nawet 10% przypadków może być nie możliwe do ustalenia. Natomiast u 25% osób może wystąpić ponowne krwawienie.

5.2 Objawy

Stan kliniczny pacjenta relatywnie często bywa różny, u chorego może rozwijać się wstrząs, a wówczas jego stan jest bardzo poważny. Zdarza się tak, że występuje tylko sama niedokrwistość. Często nie zwracamy na to uwagi, a może być ona jedną z głównych przyczyn występowania krwawienia. Najczęściej występują w wypadku nowotworu jelita grubego. Samo krwawienie bywa bardzo groźne, zwłaszcza w tego typu przypadkach. Zawsze istnieje obawa wystąpienia wstrząsu u takiego pacjenta. Człowiek podczas wstrząsu krwotocznego traci około 1500 ml krwi. Taki ubytek krwi krążącej będzie objawiał się omdleniami. Ze względu na przyczynę, krwawienie dzielimy na: krwawienia z jelita cienkiego i jelita grubego. Do najczęstszych przyczyn krwotoków możemy zaliczyć: angiodysplazje, uchyłkowości jelit i nowotwory. Ustalenie dokładnego miejsca krwawienia bywa bardzo trudne. Jest to spowodowane tym, iż krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, mogą ustawać i pojawiać się od nowa. Nazywamy to inaczej masywne krwawienie nawrotowe. U dużej liczby pacjentów możemy znaleźć więcej niż jedno miejsce krwawienia.^{9, 10}

⁹ Schuetz A., Jauch K. W. Lower gastrointestinal bleeding: therapeutic strategies, surgical techniques and results. *Langenback's Arch. Surg.*, 2001, 17-25

¹⁰ Imdabl A. Genesis and pathophysiology of lower gastrointestinal bleeding. *Langenback's Arch. Surg.*, 2001, 386, 1-7

5.3 Wywiad i badanie fizykalne

Przeprowadzenie wywiadu SAMPLE jest jednym z najważniejszych elementów w badaniu pacjenta. Wywiad zaczynamy od samego poszkodowanego. Jeśli pacjent jest w złym stanie i nie może udzielić nam istotnych odpowiedzi na zadane pytania, wówczas należy przeprowadzić podobny wywiad z rodziną chorego. Stawiamy pytania odnośnie dolegliwości, w tym wypadku pytamy o pojawienie się krwi w stolcu. Czy w ogóle występuje krwawienie? Kiedy się ono zaczęło? Jeśli krwawienie jest obecne, jaki kolor ma stolec? Zadajemy zawsze takie pytania, które są nas w stanie ukierunkować na konkretne rozpoznanie. Zawsze powinniśmy zapytać o towarzyszący tej dolegliwości ból, a także wymioty. Należy dowiedzieć się, czy dane objawy występowały w przeszłości. Jeśli tak, to pomocne dla nas mogą być karty pobytu w szpitalu, jeśli pacjent takowe posiada. Pytamy dodatkowo o występowanie zaparć, ewentualny spadek masy ciała, co mogłoby nam sugerować rozrost nowotworu. W badaniu fizykalnym zbieramy wszystkie parametry. Ciśnienie i tętno powinniśmy badać co kilka minut, gdyż jest to pacjent podwyższonego ryzyka. Zwracamy uwagę na kolor powłok skórnych. Wykonujemy badanie per rectum, pozwoli nam to na ocenę powłok odbytnicy, czy też występowanie świeżej krwi lub skrzepów. Po przetransportowaniu pacjenta do szpitala, zostają mu wykonane niezbędne badania krwi. Trzeba założyć mu także zgłębnik do żołądka, aby wykluczyć krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Dochodzą do tego także badania diagnostyczne takie jak: rektoskopia i kolonoskopia.

5.4 Leczenie

W zależności od objawów, ratownicy medyczni wykonują swoją pracę zgodnie z wytycznymi. Choroby układu pokarmowego są dla nas o tyle nieprzyjemne, ponieważ ratownik nie jest w stanie wiele pomóc choremu. Nasze postępowanie w takich przypadkach, to postępowanie objawowe. W opisanym wariantcie leczenie bywa różne, w zależności od postawionej diagnozy. Po wykonaniu kompleksu badań, lekarze stawiają rozpoznanie i kierują na odpowiednie leczenie. Pacjent może cierpieć na raka jelita grubego, polipy czy choroby uchyłkowe. W każdym z tych przypadków leczenie może się różnić. Jeśli chodzi o nowotwór będzie stosowana chemioterapia czy radioterapia, a w innych przypadkach może to być np. zabieg operacyjny.¹¹

¹¹ Bass B. L., Turner D. J. Acute gastrointestinal hemorrhage. Elsevier, Philadelphia 2004

6. Ostre choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych.

6.1 Epidemiologia

Choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych u około 5-15% dorosłych osób są przyczyną ostrych dolegliwości brzusznych. Wraz z wiekiem liczba zachowań wzrasta, co sprawia że są one przyczyną objawów ostrego brzucha u ok 25% chorych po 65 roku życia. Kamica nerkowa występująca u około 30% populacji i jest związana z ostrymi chorobami pęcherza żółciowego i dróg żółciowych. Objawy kliniczne o różnym stopniu nasilenia dotyczą z reguły 10-30% chorych. Kamica pęcherzyka żółciowego częściej występuje u kobiet, a także w niektórych krajach, np. w Skandynawii. Choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych zaliczane do grupy ostrego brzucha to: ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, ropniak pęcherzyka żółciowego i żółciowe zapalenie otrzewnej.

6.2 Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego

Zapalenie pęcherzyka żółciowego z reguły ma podłoże kamicze (85-95%), natomiast jedynie u 5-15% chorych postępuje bez uczestnictwa kamicy żółciowej. Przyczyną kamiczego zapalenia jest zablokowanie odpływu żółci wywołane złożem zaklinowanym w obrębie przewodu pęcherzykowego lub w okolicy szyi pęcherzyka. Podstawowym objawem są dolegliwości bólowe umiejscowione pod prawym łukiem żebrowym w nadbrzuszu, gdzie promieniują do prawego boku i łopatki. Ból ma stały charakter i z reguły utrzymuje się powyżej 6 godzin. Objawom bólowym często towarzyszą nudności, wymioty oraz podwyższona temperatura ciała. W znacznej większości przypadków leczenie zachowawcze umożliwia odblokowanie przepływu żółci i ustąpienie stanów zapalnych. Zabieg operacyjny jest niezbędny dla około 20% chorych w przypadku zapalenia otrzewnej i zgorzeli pęcherzyka. W przypadku bezkamiczego zapalenia pęcherzyka proces zapalny pojawia się w wyniku ciężkich chorób powodujących zastój żółci w pęcherzyku i niedokrwienia ściany. Rozpoznanie tej dolegliwości sprawia ogromne problemy ze względu na ograniczony kontakt z chorym (osoby ciężko chore i nieprzytomne). Leczenie zachowawcze jest analogiczne jak w przypadku zapalenia kamicznego. Z kolei operacyjne leczenie polega na perforacji pęcherzyka. Śmiertelność osób ciężko chorych waha się od 10-50%.¹²

¹² Bennett G. L., Balthazar E. J. Ultrasound and CT evaluation of emergent gallbladder pathology. 2003, 41, 1203-1216

6.3. Ostre zapalenie dróg żółciowych

Upośledzona drożność dróg żółciowych bardzo często doprowadza do zakażenia żółci, doprowadza to do zapalenia dróg żółciowych. Jednym z najczęstszych powodów wystąpienia tego stanu jest kamica przewodowa, występuje ona w około 85% przypadków. Rzadszymi przyczynami wystąpienia zaburzonego odpływu żółci, a w konsekwencji zapalenia dróg żółciowych są: nowotwory okolicy okołobrodawkowej i dróg żółciowych, choroby pasożytnicze i zaburzenia rozwojowe. Badania przeprowadzane w celach doświadczalnych pokazują, że sam fakt zaburzonego odpływu żółci jest warunkiem do rozwoju zapalenia, ale niewystarczającym. Bakterie wywołujące omawiane zapalenie to: *Bacteroides fragilis* i *Clostridium perfringens*. Objawy kliniczne ww. stanu możemy określić nazwą triada Charcota, w której skład wchodzi: ból w prawym górnym kwadrancie brzucha, gorączka i żółtaczka. Dane objawy występują w około 50-70% przypadków. Objaw gorączki spotkamy u prawie wszystkich pacjentów, natomiast dwa pozostałe objawy występują u 50 % pacjentów. Należy także wspomnieć o objawach, które występują u niewielkim odsetku chorych, należą do nich wstrząs i zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego. Łącznie z wcześniej wymienionymi dolegliwościami tworzą pentadę Reynolda. Podczas badania fizykalnego, pacjent będzie odczuwał ból przy dotyku w prawej okolicy podżebrowej. Objawy otrzewnowe, występują rzadko, stwierdza się ich obecność w około 15% przypadków. Postępowanie diagnostyczne, polega na przeprowadzeniu kompleksowych badań laboratoryjnych i obrazowych. Na podstawie objawów oraz otrzymanych wyników ww. badań, lekarz stwierdza zapalenie dróg żółciowych. W badaniach laboratoryjnych zwracamy uwagę na poziom leukocytów oraz bilirubiny. Upośledzenie przepływu żółci można zaobserwować również podwyższonej aktywności enzymów cholestatycznych, takich jak: fosfatazy alkalicznej i GGTP. Badania obrazowe, które stosujemy w tym przypadku (USG i TK), dzięki nim możemy ocenić poszerzenie dróg żółciowych i przyczyny upośledzonego przepływu żółci. Leczenie polega na jak najszybszym pobraniu krwi na posiew i ustaleniu flory bakteryjnej. Redukcje dolegliwości obserwuje się w lekkich przypadkach po około 6-12 godzin od rozpoczęcia leczenia. U pacjentów z bardziej rozwiniętym stanem zapalnym po około 2-3 dniach. Trzeba także wykonać zabieg w celu udrożnienia dróg żółciowych, wykonuje się to metodą inwazyjną (dość ryzykowne) oraz metodą endoskopową. Śmiertelność spowodowana zapaleniem dróg żółciowych zależy od ciężkości stanu pacjenta

oraz od wystąpienia powikłań pooperacyjnych, wynosi od 0 do 88% przypadków zachorowań.¹³¹⁴

Zakończenie

Praca składa się z sześciu głównych działów, które opisują wybrane choroby układu pokarmowego człowieka. Poszczególne działy zostały opisane przez mniejsze rozdziały, w których m.in. przedstawiono: epidemiologię, objawy, wywiad i badania oraz sposoby leczenia schorzeń.

Choroby układu pokarmowego to stany bardzo poważne, które mogą doprowadzić to znacznego pogorszenia się stanu pacjenta, a w efekcie nawet doprowadzić do zgonu. Dla ratownika medycznego wiedza, na temat chorób układu pokarmowego jest bardzo ważna, aby odpowiednio zdiagnozować pacjenta i podjąć odpowiednie działania, poprawiające jego stan. Postępowanie ratownika w przypadkach dotyczących chorób układu pokarmowego, jest bardzo ograniczone, dlatego tak ważna jest szybka decyzja o transporcie poszkodowanego na szpitalny oddział ratunkowy. W przypadku ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, objawy są dość charakterystyczne, decyzja o transporcie zwłaszcza w dalszej fazie choroby nie powinna być opóźniona, ze względu na powikłania takie jak perforacja. Ostre zapalenie trzustki może prowadzić do śmierci, najczęściej w przebiegu niewydolności wielonarządowej. Dlatego tak bardzo ważne jest szybkie rozpoznanie tej choroby i wdrożenia właściwego leczenia. Przy krwawieniach z górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego, najpoważniejszym objawem może być wstrząs hipowolemiczny, wiąże się to z dużą utratą krwi. Ten stan również może zagrażać życiu pacjenta, w takim wypadku już sam wywiad z pacjentem może nam wiele powiedzieć i zapobiec wystąpieniu znacznej utraty krwi. Zapalenie pęcherzyka żółciowego oraz dróg żółciowych, to również stan bardzo poważny, zwłaszcza dla ludzi starszych, których organizmy nie są już w tak dobrej kondycji jak u ludzi młodych. Z każdą z tych chorób ratownik medyczny może się spotkać, dlatego tak ważne jest ciągłe doszkącanie i omawianie przypadków.

W trakcie interwencji ratownika medycznego bardzo ważną rolę pełni badanie SAMPLE. To właśnie dzięki niemu, ukierunkowujemy postępowanie medyczne. Jest to nieodzowny element przeprowadzenia odpowiedniego badania na miejscu zdarzenia. Podczas

¹³ Borun P. C., van Beljon J. L., Krige J. E. Management of cholangitis. 2005, 15, 1-8

¹⁴ Trowbridge R. L., Rutkowski N. K., Sbojania K. G. Does this patient have acute cholecystitis? JAMA, 2003, 289, 80-86.

przeprowadzania wywiadu, możemy wstępnie ocenić stan poszkodowanego. To właśnie opierając się na tym wywiadzie podejmujemy decyzje o podaży odpowiednich środków farmakologicznych, transporcie poszkodowanego. Pozwala to na znacznie sprawniejsze postępowanie służb medycznych.

Każdy ratownik medyczny pracujący w swoim zawodzie spotyka się z różnymi problemami natury cielesnej jak i duchowej. Niezależnie od stanu faktycznego pacjentów udajemy się, aby przynieść im niejednokrotnie ukojenie w bólu czy też wsparcie. Często próbujemy sobie odpowiedzieć na pytanie, czy nasza praca jest właściwa? Kiedy ktoś potrzebuje naszej pomocy zawsze staramy się jej udzielić. Mówiąc o priorytecie udzielania pomocy musimy znać przyczynę wezwania Zespołu Ratownictwa Medycznego. Do pilnych wyjazdów możemy właśnie zaliczyć ostre stany patologiczne układu pokarmowego.

Bibliografia

1. Cape Z. Ostry brzuch - wczesna diagnostyka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 1998
2. Lawrence P. F., Bell R. M., Dayton M. T. Chirurgia ogólna. Wydawnictwo Urban&Partner, Wrocław 1998
3. Szmidt J., Gruca Z., Krawczyk M., Kuźdżał J., Lampe J. Podstawy chirurgii. Medycyna Praktyczna. Kraków 2003
4. Halangk W., Lerch M. M. Early events in acute pancreatitis Gastroenterol. Clin. N. Am., 2004
5. McKary C. J., Buter A. Natural history of organ failure in acute pancreatitis, 2003, str. 111-114
6. Kózka M., Rumian B., Maślanka M. Pielęgniarstwo Ratunkowe Wydawnictwo lekarskie PZWL; Wydanie I, Warszawa 2013, str. 67-68.
7. Kovacs T.O, Jensen D.M: Recent advances in the endoscopic diagnosis and therapy of upper gastrointestinal, small intestinal, and colonic bleeding. Med. Clin. North Am., 2002, 86, 1319-1356.
8. Lundell L: Upper gastrointestinal hemorrhage-surgical aspects, Dig., Dis 2003, 21, 16-18.
9. Schuetz A., Jauch K. W. Lower gastrointestinal bleeding: therapeutic strategies, surgical techniques and results. Langenback's Arch. Surg., 2001, 17-25
10. Imbabi A. Genesis and pathophysiology of lower gastrointestinal bleeding. Langenback's Arch. Surg., 2001, 386, 1-7
11. Bass B. L., Turner D. J. Acute gastrointestinal hemorrhage. Elsevier, Philadelphia 2004
12. Bennett G. L., Balthazar E. J. Ultrasound and CT evaluation of emergent gallbladder pathology. 2003, 41, 1203-1216
13. Borun P. C., van Beljon J. L., Krige J. E. Management of cholangitis. 2005, 15, 1-8
14. Trowbridge R. L., Rutkowski N. K., Sbojania K. G. Does this patient have acute cholecystitis? JAMA, 2003, 289, 80-86.
15. Kulig J., Nowak W. Ostry brzuch. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2007